



BEDMINSTER TOWNSHIP PUBLIC SCHOOL DISTRICT

234 Somerville Road
Bedminster, NJ 07921
Telephone (908) 234-0768 Fax (908) 234-2318
www.bedminsterschool.org



Adjunto encontrara el paquete de inscripcion escolar de Bedminster. Imprima el paquete A UNA SOLA CARA y devuelvalo por correo electronico at kjohnsen@bedminsterschool.org

- | | |
|--|-----------------------------|
| • Preguntas frecuentes | |
| • Formulario de registro (2 páginas) | REQUERIDO |
| • Publicación de registros | REQUERIDO (Gr. 1 through 8) |
| • Formulario de cuestionario McKinney-Vento | OPCIONAL |
| • Registro Universal de Salud Infantil (2 páginas) | REQUERIDO |
| • Historial de salud (3 páginas) | REQUERIDO |

Además del paquete adjunto, se necesitan los siguientes documentos. Nos comunicaremos con usted para concertar una cita y proporcionar los originales de estos documentos.

IDENTIFICACIÓN DEL PADRE / TUTOR :

- pasaporte
- Licencia de conducir
- Identificación militar

PRUEBA DE NACIMIENTO ORIGINAL (Una de las siguientes opciones) :

- pasaporte
- Acta de nacimiento

PRUEBA (S) ORIGINAL (S) DE RESIDENCIA (Una de cada categoría) :

Categoría A

- o Factura de impuestos inmobiliarios
- o Hipoteca
- o Alquiler

Categoría B

- o Factura de servicios públicos
- o Extracto de cuenta

FÍSICO DE ESTADOS UNIDOS ESTAMPADO POR UN MÉDICO DE EE. UU.

INMUNIZACIONES ACTUALIZADAS DE UN MÉDICO DE EE. UU.

Una vez que el registrador haya visto los originales, se copiarán y se le devolverán directamente.

Haga una cita para completar el proceso de registro. Para contactar a Karna Johnsen, Registradora de la escuela, por correo electrónico: kjohnsen@bedminsterschool.org . O puede comunicarse con ella por teléfono al 908-234-0768, Extensión 202.



DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE BEDMINSTER

Preguntas frecuentes



¿Es Bedminster School un "distrito escolar único"?

Si. Somos un distrito escolar de prekínder a octavo y un distrito que envía a la escuela secundaria Bernards, Bernardsville, NJ en el distrito escolar de Somerset Hills.

¿Cuáles son los horarios de la escuela?

La escuela comienza a las 8:50 a. m. y termina a las 3:20 p. m. Ningún estudiante debe llegar antes de las 8:40 a. m. a menos que inscritos en una actividad que requiere que estén aquí antes del comienzo de la escuela, o a menos que estén inscritos en el programa de cuidado previo. Ningún estudiante permanecerá en las instalaciones después del cierre de la escuela a menos que participando en una de nuestras actividades extracurriculares o inscritos en el programa de cuidado extracurricular.

¿Tiene un programa de cuidado antes y después?

En este momento, no hay atención previa. El cuidado después de clases se lleva a cabo en la escuela y es proporcionado por Somerset Hills YMCA. Visite el sitio web y haga clic en "información" y "cuidado de niños" para obtener más información sobre el programa.

¿Mi hijo recibirá transporte?

Todos los estudiantes que residan en el Municipio de Bedminster recibirán transporte de cortesía.

¿Cómo funciona el transporte escolar con las diferencias de grado dentro de la escuela?

Bedminster School se enorgullece de la gestión de nuestras diferencias de edad. En ese sentido, asignamos asientos en nuestros autobuses, por lo que los niños de kindergarten están cerca del frente y los niños mayores se sientan hacia la parte de atrás. No tenemos monitores que anden en el bus con los alumnos, pero si tenemos monitores que lleven asistencia diaria para nuestros estudiantes en los grados K a 4, así como hacer cumplir las asignaciones de asientos.

¿Mi hijo tiene que viajar en el autobús?

No. Tenemos opciones para el cuidado posterior y para que lo recojan los padres. Puede establecer un arreglo permanente para el año por escrito con nuestra recepción, u ocasionalmente cambiar el destino de su hijo en una sola vez base por escrito antes de las 2:00 p.m. Consulte los procedimientos de llegada y salida que figuran en nuestro sitio web. en "Información" y "Documentos relacionados con la verificación de los padres".

¿Mi hijo tiene que traer el almuerzo todos los días?

No. Tenemos una cafetería con almuerzo caliente y sándwiches que su hijo puede utilizar. Puede enviar con dinero o abra una cuenta para su hijo que se pueda recargar durante el año escolar.

¿Podemos organizar un recorrido por la Escuela Bedminster?

Los tours durante el año no están disponibles. Como estudiante nuevo o de Kinder que se registre durante el verano, usted y su hijo podrán ver las instalaciones en la orientación en septiembre, justo antes de la comienzo del año escolar.



Escuela Bedminster

Paquete de registro de jardín de infantes



Adjunto encontrará el paquete de inscripción escolar de Bedminster. Imprima el paquete A **UNA SOLA CARA** y devuélvalo por correo electrónico a kjohnsen@bedminsterschool.org

- **Requisitos de vacunas para kindergarten / primer grado**
- **FAQs**
- **Formulario de registro (2 páginas)** **REQUERIDO**
- **Formulario de cuestionario McKinney-Vento** **OPCIONAL**
- **Registro universal de salud infantil (2 páginas)** **REQUERIDO**
- **Historial de salud (3 páginas)** **REQUERIDO**
- **Formulario de encuesta sobre el idioma del hogar** **REQUERIDO**

Además del paquete adjunto, se necesitan los siguientes documentos. Esto se hará mediante una cita de registro. Recibirá un correo electrónico después de recibir los documentos iniciales con un enlace para registrarse para una cita.

IDENTIFICACION DE PADRES/TUTOR:

- Passaporte
- Licencia de Conducir
- Identificacion Militar

PRUEBA ORIGINAL DE NACIMIENTO (Una de las siguientes opciones):

- Passaporte
- Certificado de Nacimiento

PRUEBA ORIGINAL DE RESIDENCIA (Una de las siguientes opciones):

Categoría A

- o Factura de contribucion de impuesto inmobiliario
- o Hipoteca
- o Arrendamiento

Categoría B

- o Factura de servicios publicos
- o Estado de cuenta bancaria

EXAMEN FISICO FIRMADO Y CON EL SELLO DE UN MEDICO DE ESTADOS UNIDOS

IMMUNIZACIONES ACTUALIZADAS POR UN MEDICO DE ESTADOS UNIDOS

Kindergarten - Requisitos de vacunas de primer grado

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

DTaP

Total de 4 dosis: 1 en / después del 4to cumpleaños O 5 dosis cualesquiera _____

IPV

Total de 3 dosis: 1 en / después del 4to cumpleaños O 5 dosis cualesquiera _____

MMR

2 Dosis _____

Varicella

1 Dosis _____

Hep B

3 Dosis _____

Varicella

1 Dosis _____

Entrada Provisional

Vacuna: _____

Proxima Fecha de Vencimiento de Vacuna: _____

Como padre de este estudiante, entiendo que mi hijo debe ser vacunado con las vacunas anteriores, antes de que regrese a la escuela. _____

Iniciales

Enfermera Escolar

Padres



DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE BEDMINSTER

FORMULARIO DE INSCRIPCION DE ESTUDIANTE (escriba en letra de molde y complete TODAS las secciones)



INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Año Escolar / Grado:

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Nombre de nacimiento del estudiante (si es diferente al nombre actual):

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Numero de telefono de la casa del estudiante:

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal:

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal:

Direccion

Ciudad

Estado/Codigo postal

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal (si es diferente de la direccion fisica):

Direccion

Ciudad

Estado/Codigo postal

Etnicidad (si es multiracial, marque todos los que correspondan):

Hispano

Afroamericano

Genero:

Masculino

Bianco

Isleno del Pacifico / Nativo de Hawaii

(marque un circulo):

Femenina

Asiatico

Indio Americano / Nativo de Alaska

Masculino

Femenina

Sexo de nacimiento del estudiante (si es diferente del sexo actual):

Masculino

Femenina

Idioma Nativo:

Ciudad

Estado

Pais

Si el pais de nacimiento NO es Estados Unidos:

Fecha de Entrada a los Estados Unidos:

Fecha del Primer Dia de entrada:

Idioma Principal que se habla en Casa:

Idioma Nativo:

¿Tiene el estudiante seguro medico? (Por favor marque con un circulo):

NO

SI

En caso afirmativo, indique el proveedor de seguro:

¿Esta el padre/madre del estudiante en servicio militar activo, en la Guardia Nacional o en el componente de reserva de los servicios militares de los Estados Unidos? NO SI

(encima)

INFORMACION PARA PADRES/TUTORES

Marque con un circulo Padre/Tutor Residente de Bedminster Madre Padre Ambos

¿La custodia de este niño está limitada por orden judicial o acuerdo legal? NO SI

SEES SI - EL DOCUMENTO LEGAL ORIGINAL QUE DECLARA LA CUSTODIA RESIDENCIAL DEBE SER PROPORCIONADO A LA ESCUELA AL HACER LA INSCRIPCION

INFORMACION DE MADRE:

Domicilio: Ciudad, Estado y NOMBRE

Codigo postal: Direccion Ciudad Estado /Codigo postal

Telefono de la casa: Telefono Celular: Telefono de trab ajo:

Direccion de correo electronico:

INFORMACION DEL PADRE:

Domicilio: Ciudad, Estado y NOMBRE

Codigo postal: Direccion Ciudad Estado /Codigo postal

Telefono de la casa: Telefono Celular: Telefono de trab ajo:

Direccion de correo electronico:

CONTACTOS DE EMERGENCIA EN INFORMACION DE HERMANOS

Contacto #1 NOMBRE: PARENTESCO: TRABAJO:

TELEFONO: CELULAR:

Contacto #2 NOMBRE: PARENTESCO: TRABAJO:

TELEFONO: CELULAR:

Contacto #3 NOMBRE: PARENTESCO: TRABAJO:

TELEFONO: CELULAR:

Contacto #4 NOMBRE: PARENTESCO: TRABAJO:

TELEFONO: CELULAR:

INFORMACION DE HERMANOS:

1) NOMBRE: EDAD:

2) NOMBRE: EDAD:

3) NOMBRE: EDAD:

SPECIAL PROGRAMS

¿Ha estado su hijo alguna vez en un programa de necesidades especiales? NO SI (En caso afirmativo, marque con un circulo

¿Está su hijo actualmente en un programa de necesidades especiales? NO SI todo lo que corresponda):

IEP 504 I & RS

¿Su hijo recibe servicios del habla? NO SI

¿Su hijo ha estado alguna vez o está actualmente en un programa de dominio limitado del inglés / inglés como segundo idioma (ESL)? NO SI

POR FAVOR, ESTE SEGURO DE FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA

FIRMA DE PADRES / TUTOR: FECHA:

BEDMINSTER TOWNSHIP PUBLIC SCHOOL DISTRICT

234 Somerville Road
Bedminster, New Jersey 07921
Telephone (908) 234-0768 Fax (908) 234-2318
www.bedminsterschool.org

SOLICITUD DE EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE

NA ME Y DIRECCION DE ESCUELA ANTERIOR

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

N. DE FAX: _____

<u>NOMBRE DEL ESTUDIANTE</u>	<u>GRADO</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Por favor imprimir)

El alumno mencionado anteriormente se ha inscrito recientemente en nuestra escuela. Envíe todos los registros académicos, de salud y CST a:

BEDMINSTER TOWNSHIP SCHOOL
234 SOMERVILLE ROAD
BEDMINSTER, NJ 07921
ATTENTION: SCHOOL SECRETARY

Por la presente autorizo la divulgación de los registros académicos / de salud / CST relacionados con el alumno mencionado anteriormente a la escuela Bedminster Township School.

Padre / tutor Firma Da te

Fecha

English translation is on the form attached.



FORMULARIO DE CUESTIONARIO MCKINNEY-VENTO
(OPCIONAL Y CONFIDENCIAL)
Escuela del Municipio de Bedminster



Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

Su hijo puede ser elegible para recibir servicios educativos a través de la Ley de Asistencia para Personas sin Hogar de McKinney-Vento. La elegibilidad puede determinarse respondiendo este cuestionario. **LA INFORMACION QUE PROPORCIONA ES CONFIDENCIAL.** Si ese legible, los estudiantes deben inscribirse de inmediato de acuerdo con la Ley de Asistencia McKinney-Vento.

1. ¿Vive usted/ su estudiante en alguna de las siguientes situaciones?

- En caso de emergencia o refugio de transición to programa
- Comparte la vivienda de otras personas debido a:
 - Pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar (es decir, desalojado)
 - Arreglo de vivienda cooperativa a largo plazo
 - Otro (por favor especifique): _____
- En un vehículo de cualquier tipo, parque, espacio, público, edificio abandonado, vivienda Deficiente, estación de autobús o tren o ambiente similar
- En un motel, hotel, campamento o ambiente similar debido a: (seleccione uno)
 - Falta de alojamientos alternativos adecuados
 - Un arreglo de vivienda conveniente (es decir, esperando que el apartamento / casa este listo)
 - Otro (favor de especificar): _____
- Ninguno de los anteriores

1. ¿Cuál es su situación de vida o la de su estudiante? Por favor, marque una casilla.

- Vivir con su padre/madre o tutor legal
- Vivir solo
- Vivir con un adulto que no es un padre o tutor legal

La persona que firma abajo certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta:

IMPRIMA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA LLENANDO ESTE FORMULARIO:

FIRMA: _____

FECHA: _____

DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

NUMERO DE TELEFONO O NUMERO DE MANSAJE: _____

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

*Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health*

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)					
Child's Name (Last)		(First)		Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Date of Birth		/ /			
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier			
Parent/Guardian Name		Home Telephone Number () -		Work Telephone/Cell Phone Number () -	
Parent/Guardian Name		Home Telephone Number () -		Work Telephone/Cell Phone Number () -	
<i>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</i>					
Signature/Date				This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER					
Date of Physical Examination:		Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Abnormalities Noted:		Weight (must be taken within 30 days for WIC)			
		Height (must be taken within 30 days for WIC)			
		Head Circumference (if <2 Years)			
		Blood Pressure (if ≥3 Years)			
IMMUNIZATIONS		<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____			
MEDICAL CONDITIONS					
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Medications/Treatments • List medications/treatments:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Allergies/Sensitivities • List allergies:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS					
Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		
<input type="checkbox"/> <i>I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.</i>					
Name of Health Care Provider (Print)			Health Care Provider Stamp:		
Signature/Date					

Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)

- **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
- **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
- **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
- **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.

2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860. The immunization record must be attached for the form to be valid.

- "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.

3. **Medical Conditions** - Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.

a. Note any significant medical conditions or major surgical history. If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow. A generic care plan (CH-15) can be downloaded at www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.

b. **Medications** - List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration.

Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.

c. **Limitations to physical activity** - Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.

d. **Special Equipment** - Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.

e. **Allergies/Sensitivities** - Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at www.pacnj.org or by phone at 908-667-9340.

f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.

g. **Behavioral/Mental Health issues** - Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.

h. **Emergency Plans** - May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.

4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public health personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.

- For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
- For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
- Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.

This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.

5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)

- Print the health care provider's name.
- Stamp with health care site's name, address and phone number.

**Escuela del municipio de Bedminster
Historial de la salud**

Nombre completo del Niño:

(Apellido)	(Primer nombre)	(Segundo nombre)	Grado
(Fecha de Nacimiento)		(País de Nacimiento)	

Complete el siguiente historial de salud. Escriba las fechas, si es posible.

¿Ha tenido su hijo alguno de estos? En caso afirmativo, explique:

1. Accidentes
 2. Reacciones alérgicas (incluye picaduras de abejas, alimentos o medicamentos, etc.)
 Sí No En caso afirmativo, explique _____

¿En el pasado, su hijo ha necesitado medicamentos o atención médica por tener una reacción a una picadura de abeja o alergia de alimentos? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, proporcione detalles:

3. Ataque Asmático Sí ___ No ___ Otras Infecciones Respiratorias: Sí ___ No ___

Explique _____

4. Enfermedad o lesión ósea o articular: Sí ___ No ___ En caso afirmativo, explique _____

5. Enfermedades Transmisibles (especifique): _____

6. Convulsiones o ataques: Sí ___ No ___ En caso afirmativo, explique _____

7. Diabetes: _____

8. Problemas Dentales Sí ___ No ___ Explique _____
 9. Infecciones en el Oído Sí ___ No ___ Tubos auditivos: Sí ___ No ___ Fecha _____

¿Tiene su hijo un problema de audición? Sí ___ No ___

¿Su hijo usa aparatos de audio? Sí ___ No ___

¿Tiene su hijo problema de habla / lenguaje? Sí ___ No ___

10. Infecciones frecuentes de garganta: Sí ___ No ___

11. Frecuentes dolores de cabeza: Sí ___ No ___

12. Problemas Renales o del Tracto urinario: Sí ___ No ___ Explique si es sí _____

13. Problemas cardíacos / soplos / fiebre reumática: Sí No

Explique _____

14. ¿Tiene su hijo algún problema de visión? Sí No

15. ¿Su hijo usa espejuelos (anteojos)? Sí _____ (cuando) No _____

16. ¿Tiene su hijo algún problema o limitación neuromuscular? Sí No _____

Explique si es sí

17. ¿Su hijo tiene algún retraso en el desarrollo o le han diagnosticado algún síndrome?

Sí No Explique si es sí

18. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado su hijo? Sí No En caso afirmativo, indique cuándo y razón: _____

19. ¿Qué medicamento, si alguno, toma su hijo?

20. ¿Tiene su hijo alguna limitación física actual que pueda requerir modificaciones o restricciones del programa?

21. Favor de agregar cualquier otro problema o comentarios que usted le gustaría compartir con la enfermera escolar: _____

Nota: No medicamento se puede administrar en la escuela sin un formulario de administración de medicamentos completo firmado por el padre y el médico que prescribe la medicina. Todos los medicamentos deben estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia intacta. Los medicamentos deben ser entregados personalmente a la enfermera de la escuela por el padre o tutor. Consulte la enfermera de la escuela o el sitio web de la escuela para obtener los formularios de administración de medicamentos.

Firma de los padres _____ Fecha _____

Nombre completo/madre _____ Empleador _____

Domíllio _____ Dirección de trabajo _____

Números de teléfono (casa) _____ Trabajo _____ Celular _____

Nombre completo/padre _____ Empleador _____

Domicilio _____ Dirección de trabajo _____

Números de teléfono (casa) _____ Trabajo _____ Celular _____

Situación del hogar:

___ Padres viven juntos

___ Hogar de un solo padre/madre

___ Padres separados

___ Padre casado por segunda vez

___ Padres divorciados

___ Madre casada por segunda vez

___ Tutor cuida por el niño

___ Otro _____

Si los padres están divorciados o separados, ¿quién tiene la custodia legal (oficial)?

**** Los documentos de custodia legal deben entregarse a la oficina principal y serán colocados en el registro permanentes del niño.**

Nombre del niño _____

Nombre(s) y edad(es) de hermano(s) _____

Última escuela a la que asistió _____ dirección: _____

Describa la última experiencia escolar del niño: _____

¿Estaba el niño ausente con frecuencia? Si es así, explique: _____

Personalidad y Desarrollo Emocional

Por favor marque todo lo que corresponda a su hijo:

_____ Alegre	_____ Malhumorado	_____ Introverso
_____ Triste	_____ Se molesta fácilmente	_____ Hiperactivo
_____ Amigable	_____ Callado	

¿Problemas cuando se separa de la familia? Sí _____ No _____

Explique: _____

¿Muerte de un pariente? Sí _____ No _____ Explique: _____

Interacciones sociales

(marque donde corresponda) _____

Compañeros

Adultos

____ Buena
____ Regular
____ No hay interacción

____ Buena
____ Regular
____ No hay interacción

¿Evento traumáticos? Sí _____ No _____ explique _____

Enumere cualquier inquietud, pregunta o problema que el personal de la escuela debe saber

Firme abajo si desea que esta página sea compartida con el maestro de su hijo (si es necesario).

Firma del padre/la madre _____

Escuela del municipio de Bedminster

234 Somerville Road, Bedminster, NJ 07921

908-234-0768

Encuesta sobre el idioma del hogar

Propósito : La encuesta sobre el idioma del hogar se usa únicamente para ofrecer servicios educativos apropiados (US ED EL Toolkit, Capítulo 1). Esta encuesta es el primero de tres pasos para identificar si un estudiante es o no elegible para ser identificado como aprendiz del idioma inglés (ELL). "Hogar" se define como el lugar de residencia actual del estudiante.

Información del estudiante:

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento (AAAAMMDD):

Dirección actual:

Preguntas de la encuesta:

1.) Enumere todos los idiomas que se usan en el hogar del estudiante.

2.) ¿El primer idioma que usó el estudiante fue un idioma diferente al inglés?

_____ **No** _____ **Sí**

3.) ¿El estudiante habla o entiende un idioma que no sea inglés?

_____ **No** _____ **Sí**

4.) Al interactuar con otras personas en el hogar (ejemplo: padres, tutores, hermanos), ¿el estudiante entiende o usa un idioma que no sea inglés la **mayor parte del tiempo** ?

_____ **No** _____ **Sí**

5.) Cuando interactúa con otras personas fuera del hogar (ejemplo: amigos, cuidadores), ¿el estudiante entiende o usa un idioma que no sea inglés la **mayor parte del tiempo** ?

_____ **No** _____ **Sí**

Firma de los padres

Fecha

NOTE: Translation through Google Translate